

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ  
МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ДЕКОМПРЕССИИ  
НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА ПРИ ПОМОЩИ  
РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ**

*Походенько-Чудакова И.О., Чудаков О.П., Бармуцкая А.З.,  
Печурский А.И.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
Белорусский Сотрудничающий Центр Европейской Ассоциации  
черепно-челюстно-лицевой хирургии*

Последнее десятилетие ознаменовано значительным прогрессом в развитии стоматологической науки и практики. Однако несоблюдение основных правил эндодонтического лечения, нарушение инструкций использования современных пломбировочных

материалов, недостаточная оснащенность многих клиник необходимым инструментарием и оборудованием увеличило рост осложнений связанных с попаданием пломбировочного материала в нижнечелюстной канал. По данным Л.А.Григорьянца, В.А.Бадаляна, М.В.Томазова и др. (2001), В.А.Козлова, Ф.И.Шульмана (2003), С.П.Сулковской (2004) почти у 80% пациентов корневые каналы зубов пломбируются некачественно, а в 1,5% наблюдений ятрогенные невриты тройничного нерва требуют оперативного лечения – микрохирургической декомпрессии нервного ствола в ближайшее время после эндодонтического лечения (Л.Г.Быкадорова, 1991; Н.Н.Бажанов и др., 1997; Е.В.Боровский, 1998; А.И.Николаев и др., 1999). В тоже время все большую популярность и широкое распространение, основанное на объективных данных доказательной медицины, приобретает рефлексотерапия. Известно большое число публикаций свидетельствующих о значительном повышении эффективности лечения нейрогенных заболеваний, в том числе и в челюстно-лицевой области, при использовании рефлексотерапевтических воздействий как одного из составляющих комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий (Т.В.Фомина, 1979; Г.М.Чуприна, О.О.Коркушко, 1998; Походенько-Чудакова, Е.А.Авдеева, 2002; Е.А.Авдеева, 2004). Изложенный материал подтверждает актуальность представляемого исследования и свидетельствует о необходимости совершенствования известных и разработки новых методов и способов комплексного лечения ятрогенных невритов нижнечелюстного нерва.

Целью работы явилось изучение эффективности применения рефлексотерапии в составе комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов после микрохирургической декомпрессии нижнечелюстного нерва при ятрогенном повреждении последнего.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 43 пациента после операции декомпрессии нижнечелюстного нерва с диагнозом травматический неврит III ветви тройничного нерва, проходившие лечение в клинике кафедры челюстно-лицевой на базе 9-й городской клинической больницы города Минска в период с 1997 по 2004 годы. Все пациенты предъявляли жалобы на ноющую боль, чувство онемения, выпадение или снижение всех видов чувствительности в зубах нижней челюсти, в подбородке и нижней губе, снижение или отсутствие электровозбудимости пульпы зубов с заинтересованной стороны. Указанные пациенты были разделены нами на две группы. В 1-ую группу вошел 21 больной, которому в послеоперационном периоде проводили стандартный комплекс

лечебно-реабилитационных мероприятий. Во 2-ую группу вошли 22 пациента которым, в составе комплексного лечения и реабилитации использовалась акупунктура.

Основными задачами иглоукалывания при лечении травматического неврита тройничного нерва были: борьбы с болевым синдромом, обеспечение противовоспалительного действия, снятие отека и набухания нервного ствола, достижение десенсибилизирующего эффекта, восстановление проходимости энергии и активизация деятельности заинтересованных меридианов.

Для воздействия определили янские каналы тела человека: GI, E, IG, V, TR, VB, VG, а также иньский канал – P. На перечисленных меридианах для раздражения были выбраны следующие акупунктурные точки (АТ): 1) общего действия системы ян – GI4, GI11, TR5, VB20, VG20; 2) общего действия системы инь – P7; 3) локальные точки для III ветви тройничного нерва: E2, E3, E4, E5, E6, E8, IG17, TR17; 4) внемеридианная АТ – PC18. Пациентам применяли 1 – 2 курса лечения. Первый курс состоял из 10 сеансов проводимых ежедневно. Перерыв между первым и вторым курсом составлял 7 – 10 дней. Второй курс включал 8 – 10 сеансов, выполняемых ежедневно или через день.

Вначале первого курса акупунктуры в рецепт сеанса включали укол в наиболее выраженную болевую точку, с последующим интенсивным вращением иглы. Если при этом боль не купировалась, пункцию производили во вторую болевую точку.

Рефлексотерапевтическое воздействие начинали с акупунктурных точек общего действия и локальных АТ. Раздражение осуществляли первым вариантом тормозного метода с экспозицией иглы в тканях до часа и более, что соответствовало рекомендациям Э.Д.Тыкочинской (1972). Далее к воздействию подключали АТ, локализованные в зоне иннервации III ветви тройничного нерва.

Всем пациентам проводили клиническое обследование, которое включало заполнение тестов-анкет оценки боли (субъективно) и парестезии в области иннервируемой нижнечелюстным нервом (объективно). Указанные показатели исследовали в динамике: в первые сутки после оперативного вмешательства (1 исследование), через 5 дней (2 исследование), через 10 дней – после завершения первого курса акупунктуры (3 исследование), в начале второго курса рефлексотерапии (4 исследование), после завершения второго курса рефлексотерапии (5 исследование).

Результаты проведенных исследований показали, что во 2-й группе больных приступы боли, явления парестезии купировались

значительно раньше. Так у 54,6% пациентов 2-й группы указанные симптомы удалось преодолеть к концу первого курса рефлексотерапии, у 31,8% больных в группе - к началу второго курса иглотерапии и у 13,6% - к концу второго курса. В то же самое время у индивидуумов 1-й группы боль и парестезия купировались у 26,6% пациентов к началу второго курса рефлексотерапии, у 52,4% больных – к концу второго курса, а у 4 субъектов полностью купировать перечисленные симптомы не представилось возможным.

**Вывод.** Представленные результаты убедительно свидетельствуют об эффективности и целесообразности применения рефлексотерапии в составе комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов после проведения микрохирургической декомпрессии нижнечелюстного нерва.